



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



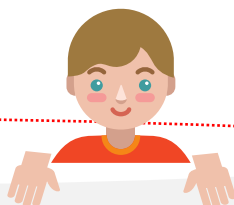
Olá,

Fazemos parte de um grupo de cientistas!
Nos chamamos Sérgio Henrique Hirata e Carla Riana
Lopes de Pádua Moura. Estamos fazendo uma
pesquisa no Hospital Infantil Lucídio Portella e
queremos conversar com você e o adulto que te
acompanha. Vem com a gente!



**Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa que se chama:
Eficácia e segurança da aplicação tópica de nitrato de prata 10% versus
hidróxido de potássio 10% no tratamento do molusco contagioso**

**Este documento serve para você ficar sabendo de tudo sobre a pesquisa
e o que vai acontecer nela, não se esqueça qualquer dúvida é só
perguntar para o pesquisador ou seu responsável.**



Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar se não quiser. Você que decidirá se participará ou não.

Seus responsáveis também precisarão autorizar! Iremos conversar com ele/a e explicar, vocês dois terão que concordar.

Antes de decidir, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada e como será desenvolvida.

Mesmo se você aceitar agora, você pode mudar de ideia a qualquer momento e dizer que não quer mais fazer parte. Em todos esses casos está tudo bem, você não será prejudicado de nenhuma forma. Para participar você nem seus pais não precisam pagar nada.

Página 1 de 4

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa



Por que a pesquisa está sendo realizada? Ela está sendo feita para verificar se nitrato de prata 10% é bom para o tratamento de molusco contagioso. Isso porque a medicação utilizada atualmente, hidróxido de potássio, pode causar irritações e manchas escuras no local da aplicação.



Quem pode participar? Pode participar da pesquisa crianças de 1 a 12 anos de idade com molusco contagioso, sem irritação próximo das lesões.



O que vai acontecer durante a pesquisa?

Se você quiser participar, nós iremos fazer algumas perguntas para você e seus pais, examinaremos todo o seu corpo e em seguida sortearmos, através de um programa de computador o medicamento que você irá utilizar. Você, seus pais e o médico que lhe acompanhará, não saberão qual remédio você usará. Terá que retornar para consultas de acompanhamento com 7, 30 e 60 dias após o início do tratamento.



Quais são os riscos ao participar? É importante que você saiba que é possível que você fique com vergonha ao responder às questões, mas saiba que não aparecerá seu nome quando os resultados forem divulgados e prometemos não contar nada sobre você para ninguém. Além disso, os remédios podem causar vermelhidão no local da aplicação, além de coceira, irritação, queimação e manchas escuras na pele.



Mas não se preocupe! Vamos tomar bastante cuidado. Você irá responder as perguntas numa salinha só você e seus pais. Além disso, se você tiver alguma irritação com o uso do medicamento, daremos um creme para você passar no local para melhorar mais rápido, sem ter que pagar pelo remédio.



Participar desta pesquisa pode ser bom pois você terá a garantia que suas lesões serão examinadas por um médico(a) especialista em mais três consultas. Além disso, você poderá ajudar a descobrir uma nova opção de tratamento dessa doença.



IMPORTANTE

Ninguém vai saber sobre as suas informações e seu nome jamais será divulgado. Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa saberão da sua identidade e nós prometemos manter tudo em segredo.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do(a) Participante da

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Quando terminar a gente pode te contar o que descobrimos. Você tem o direito a ter acesso aos resultados desta pesquisa e poderemos te contar



É aí, quer participar? Faça um x na sua opção.



Sim ()



Não ()

→ Se você marcou sim, por favor assine aqui:

Declaração do participante

Eu, _____, aceito a participar da pesquisa. Entendi as informações importantes da pesquisa, sei que posso desistir de participar a qualquer momento e que isto não irá causar nenhum outro problema. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Os pesquisadores conversaram comigo e tiraram minhas dúvidas.

Assinatura: _____ data: _____

Acesso à informação

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Sérgio Henrique Hirata, através da pesquisadora Carla Riana Lopes de Pádua Moura, nos telefones (86) 2140-8573, celular (86) 98826-3366, endereço Rua Elias João Tajra, 1720, salas 215 e 216, Bairro Fátima, Espaço Saúde, Teresina-PI e e-mail carlariama@yahoo.com.br.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Sena Madureira, 1.500 - 2. andar. Vila Clementino, São Paulo - SP, CEP 04021-001, telefones (11) 3385-4343 ramal 8699 ou 8557, de segunda a sexta, das 08:00 às 13:00hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br.

Declaração do pesquisador

Página 3 de 4

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa
-------------------------------------	---



Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o assentimento deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: _____

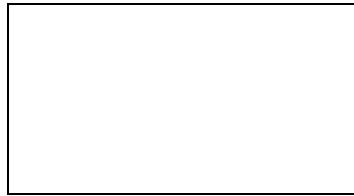
Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____;

Assinatura: _____

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa
-------------------------------------	---